

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

**Zuweisende Stelle** (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik: .....  
Abteilung: .....  
Ort: .....  
Telefon: .....

**Kostenträger:**

Zuweisende Stelle  Patient\*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

**Zuweisende Ärzt\*in**

Name: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....

**Angaben zur Patient\*in** (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname: .....  
Vorname: .....  
Biologisches Geschlecht:  W  M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjj  
Studie: ..... Studiennr.: .....  
EUPID: .....

**Verdachtsdiagnose**

ALL  NHL  AML  andere: .....  
 B  B .....  
 T  T .....  
 unbekannt  unbekannt .....

**Klinischer Status**

**Bei Diagnose:**  Ersterkrankung  Rezidiv  
**Im Verlauf:**  Ersterkrankung  nach Rezidiv  nach BLINA  nach SCT  nach CAR T  
 andere: .....

**Material**

**Abnahmedatum:** tt mm jjj .....  
**Abnahmezeit:** hh : mm .....  
 Knochenmark (KM)  Peripheres Blut (PB)  Sonstiges Material: .....

**Gewünschte Untersuchung**

- Leukämie- und Lymphomtypisierung bei Diagnose
- ALL-MRD (nur Knochenmark)
  - MRD Tag 15 für Protokoll AIEOP-BFM ALL 2017
  - MRD Zusatzzeitpunkt (bitte spezifizieren): .....
  - MRD Tag 28/35 laut IntReALL SR 2010
- AML-MRD (nur Knochenmark)
  - nach Induktion 1
  - nach Induktion 2
  - andere: .....
- Blastennachweis in PB/KM (Ausschluß-Leukämie)
- andere: .....

**Bitte beachten Sie die jeweils gültigen gesetzlichen Versandvorschriften per Post für biologisches Material!**

Ich bestätige, dass das Fax-Gerät vor unbefugtem Zugriff geschützt ist. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen)

Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: [www.labdia.at](http://www.labdia.at)